

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Melinda Hermann, 2008).

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta *disharmoni* (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi.

Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana- mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas.

2.1.1 Jenis Skizofrenia.

Jenis *skizofrenia* menurut Nurlinda 2013 adalah sebagai berikut :

- 1) *Skizofrenia simplex*: dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemundurankemauan.
- 2) *Skizofrenia hebefrenik*, gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- 3) *Skizofrenia katatonik*, dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- 4) *Skizofrenia paranoid*, dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.
- 5) Episode *skizofrenia* akut (*lir skizofrenia*), adalah kondisi akut mendadak disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- 6) *Skizofrenia psiko-afektif*, yaitu adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- 7) *Skizofrenia residual* adalah skizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serang skizofrenia.

2.1.2 Gejala Skizofrenia

Gejala *skizofrenia* menurut Hidayat, A. Aziz Alimul (2012) adalah sebagai berikut :

1. Gejalaprimier meliputi :
 - 1) Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol . . . adalah gangguan asosiasi dan terjadiinkoherensi.
 - 2) Gangguan afekemosi.
 - 3) Terjadi kedangkalan afekemosi.
 - 4) Paramimi dan paratimi (*incongruity of affect*/inadekuat).
 - 5) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satukesatuan.
 - 6) Emosiberlebihan.
 - 7) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik.
 - 8) Gangguan kemauan. Gangguan ini meliputi:
 - 1) Terjadi kelemahankemauan.
 - 2) Perilaku negativisme ataspermintaan.
 - 3) Otomatisme: merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain.
2. Gejala psikomotor meliputi :
 - 1) *Stupor* atau *hiperkinesia*, *longorea* dan *neologisme*.
 - 2) *Stereotipi*.
 - 3) *Katelepsi*: mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yanglama.
 - 4) *Echolalia* dan *echopraxia*.
 - 5) *Autisme*.
3. Gejala sekunder meliputi :
 - 1) Waham
 - 2) Halusinasi.

2.2 Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

2.2.1 Definisi

Halusinasi adalah suatu keadaan hilangnya kemampuan individu dalam membedakan antara rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar).

Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mendengarkan suara – suara tetapi pada kenyataannya tidak ada orang yang berbicara (Abdul muhith,2015).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi; halusinasi merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, penciuman, perabaan, atau penghidung. pasien merasakan stimulus yang tidak ada (Keliat, 2010).

Halusinasi pendengaran (*auditory*) adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien bereson terhadap suara atau bunyi tersebut. Klien juga akan mendengar suara yang membicarakan, mengejek, mentertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang merupakan hal yang berbahaya (Trimeilia,2011).

2.2.2 Jenis – jenis Halusinasi.

Menurut Trimeilia (2011) membagi halusinas menjadi 6 jenis halusinasi yaitu sebagai berikut :

1) Halusinasi pendengaran (*auditory*)

Mendengarkan suara yang membicarakan, mengejek, mentertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang merupakan hal yang berbahaya. Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat-kamit, dan ada gerakantangan.

2) Halusinasi penglihatan (*visual*)

Stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar, orang atau panorama yang luas dan kompleks, bisa yang menyenangkan atau menakutkan. Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada objek yang dilihat.

3) Halusinasi penciuman (*olfactory*)

Tercium bau busuk, amis dan bau yang menjijikan, seperti bau darah, urine, atau feses atau bau harum seperti parfum. Perilaku yang muncul adalah ekspresi wajah seperti mencium dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung pada tempat tertentu, menutuphidung.

4) Halusinasi pengecapan (*gustatory*)

Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan, seperti rasa darah, urine atau feses. Perilaku yang muncul adalah seperti mengecap, mulut seperti gerakan mengunyah sesuatu, sering meludah, muntah.

5) Halusinasi perabaan (taktil)

Mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik dari tanah, benda mati atau orang. Merasakan ada yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil dan makhluk halus. Perilaku yang muncul adalah mengusap, menggaruk-garuk atau meraba-raba permukaan kulit, terlihat menggerak-gerakkan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.

6) Halusinasi sinestetik

Merasakan fungsi tubuh, seperti darah mengalir melalui vena dan arteri, makanan dicerna atau pembentukan urin, merasakan tubuhnya melayang diatas permukaan bumi. Perilaku yang muncul adalah klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat seperti merasakan sesuatu tentang tubuhnya.

2.2.3 Etiologi Halusinasi.

Terdapat dua faktor yang menyebabkan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran yaitu faktor predisposisi dan presipitasi. Faktor predisposisi menurut Yosep (2010) meliputi:

1) Faktor perkembangan

Perkembangan terganggu contohnya kurangnya mengontrol emosi dan keharmonisan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, dan hilang percaya diri.

2) Faktor sosiokultural

Stress lingkungan yang dapat menyebabkan respon maladaptif contohnya bermusuhan, kehilangan harga diri, kerusakan dalam berhubungan interpersonal, tekanan dalam pekerjaan dan kemiskinan.

3) Faktor biokimia Stress

yang berlebihan yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan contohnya acetycolin dan dopamin dapat menyebabkan cemas berlebih.

4) Faktor psikologi

Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab akan mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif contoh nyaklien memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam kenyataan menuju alam khayal.

5) Faktor genetik dan pola asuh

Faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini, anak sehat yang disuruh orang tua penderita skizofrenia makan anak itu memiliki risiko menderita skizofrenia.

Sedangkan faktor predisposisi menurut Trimeilia (2013) meliputi:

1) Faktor Biologis.

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif termasuk gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi dan adanya abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi rangsangan.

2) Faktor Pemicu gejala.

Pemicu atau stimulus yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit yang biasanya terdapat pada respons neurobiologis yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu contohnya kesehatan seperti gizi buruk, kurang tidur, kelelahan, infeksi, obat, sistem syaraf pusat, gangguan persepsi informasi, kurang olahraga, alam, perasaan abnormal, cemas dan lingkungan seperti kesehatan seperti lingkungan seperti lingkungan penuh kritik, gangguan dalam hubungan interpersonal, masalah perumahan, stress, kemiskinan, tekanan terhadap penampilan, perubahan dalam kehidupan dan pola aktivitas sehari-hari, kesepian (kurang dukungan), serta tekanan pekerjaan.

Menurut Rawlins dan Heacock (dalam Yosep 2010) penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi berikut:

1) Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik, seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

2) Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi, isi dari halusinasi dapat berupa perintah

memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap kekuatan tersebut.

3) Dimensi intelektual

Dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan satu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan jarang akan mengontrol semua perilaku Klien.

4) Dimensi sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dari fase awal dan *comforting* klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, contoh diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

5) Dimensi spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas, tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri, irama sirkadiannya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun terasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaklakan dan tidak peduli dalam upaya menjemput rezeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2.2.4 Fase – Fase Halusinasi.

Halusinasi yang dialami klien bisa berbeda intensitas dan tingkat keparahannya. Menurut Stuart dan Laraia (2005) membagi fase – fase halusinasi dalam 4 fase berdasarkan tingkat ansietas atau kecemasan yang dialami dan kemampuan klien mengendalikan dirinya. Semakin berat mengalami ansietas atau kecemasan dan makin dikendalikan oleh halusinasinya.

Tabel 2.1 Fase-Fase Halusinasi Menurut Stuart dan Laria (2005)

Fase Halusinasi	Karakteristik	Perilaku Klien
<p>Fase I : <i>Comforting</i>. Ansietas sedang. Halusinasi menyenangkan</p>	<p>Klien mengalami perasaan yang mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, takut sehingga mencoba untuk berfokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietasnya. Individu dapat mengenali bahwa pikiran – pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat dikendalikan.</p> <p>NONPSIKOTIK</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai. 2. Menggerakkan bibir tanpa suara. 3. Pergerakan mata yang cepat. 4. Respon verbal yang lambat jika sedang asyik. 5. Diam dan asyik sendiri.
<p>Fase II : <i>Condemning</i> Ansietas berat. Halusinasi menjadi menjijikan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengalaman sensori yang menjijikan dan menakutkan. 2. Klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. 3. Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain. 4. Mulai merasa kehilangan kontrol. 5. Tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan perasaan antipati. <p>PSIKOTIK RINGAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatnya tanda – tanda sistem syaraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekan darah. 2. Rentang perhatian menyempit. 3. Asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan antara halusinasi dengan realita. 4. Menyalahkan. 5. Menarik diri dari orang lain. 6. Konsentrasi terhadap pengalaman sensorik kerja.

Fase Halusinasi	Karakteristik	Perilaku Klien
Fase III : <i>Controlling</i> Ansietas berat. Pengalaman sensori menjadiberkuasa.	1. Klien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. 2. Isi halusinasi menjadimenarik. 3. Klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasiberhenti. <p style="text-align: center;">PSIKOTIK SEDANG</p>	1. Kemauan yang dikendalikan halusinasi akan lebihdiikuti. 2. Kesukaran berhubungan dengan orang lain. 3. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit. 4. Adanya tanda – tanda fisik ansietas berat : berkeringat, termor atau gemetar, dan tidak mampu mematuhi perintah. 5. Isi halusinasi menjadiatraktif. 6. Perintah halusinasiditaati. 7. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat.
Fase IV : <i>Conquering.</i> Panik. Umumnya menjadi Melebur dalam halusinasinya.	1. Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintahhalusinasinya. 2. Halusinasinya berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensitherapeutic. <p style="text-align: center;">PSIKOTIK BERAT</p>	1. Perilaku eror akibatpanik. 2. Potensi kuat <i>suicide</i> atau <i>homicide</i> . 3. Aktifitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan , agitasi, menarik diri, ataukatatonik. 4. Tidak mampu nerespon perintah yang kompleks. 5. Tidak mampu merespon lebih dari satuorang.

2.2.5 Psikopatologi

Proses terjadinya halusinasi diawali dengan seseorang yang mengalami halusinasi dan menganggap sumber dari halusinasinya berasal dari lingkungan stimulus eksternal. Yosep, (2011).

Pada fase awal masalah itu menimbulkan peningkatan kecemasan yang terus-menerus dan system pendukung yang kurang akan membuat persepsi untuk membedakan yang dipikirkan dengan perasaan sendiri, pasien sulit tidur sehingga terbiasa menghayal dan pasien bisa menganggap lamunan itu sebagai pemecahan masalah. Meningkatnya pula

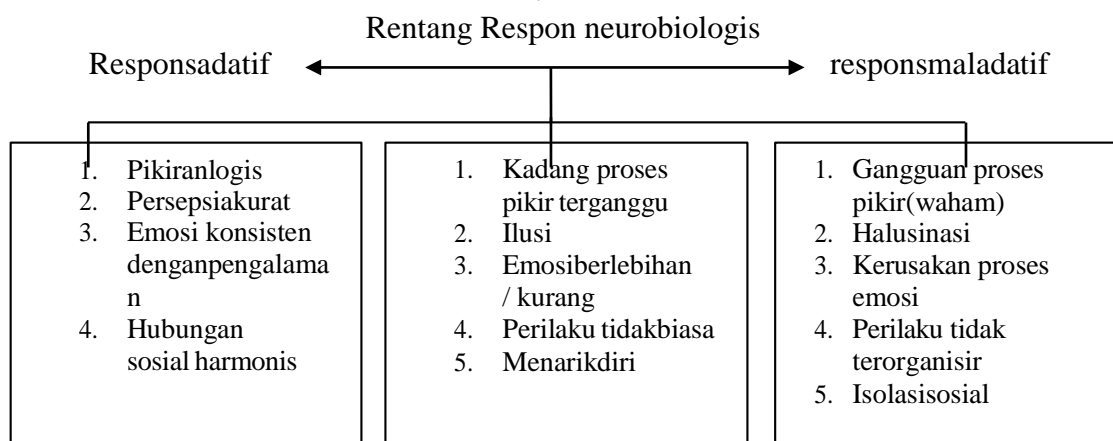
fase comforting, klien mengalami emosi yang berlanjut seperti cemas, kesepian, perasaan berdosa dan sensorinya dapat diatur. Pada fase ini merasa nyaman dengan halusinasinya.

Halusinasinya akan muncul kembali jika pasien tidak mampu mengontrol halusinasinya dan berupa menjaga jarak dengan obyek yang dipresepsikan. Pada fase codeming pasien mampu menarik diri dari orang lain. Pada fase controlling pasien merasa kesepian. Pada fase conquering lama-kelamaan pengalaman sensorinya terganggu, pasien merasa terancam dengan halusinasinya terutama menuruti kemauan dari halusinasinya.

2.2.6 Rentang Respon Neurobiologi

Respon perilaku klien dapat diidentifikasi sepanjang rentang respon yang berhubungan dengan fungsi neurobiologik, perilaku yang dapat diamati dan mungkin menunjukkan adanya halusinasi. Respon yang terjadi dapat berada dalam rentang adaptif sampai maladaptif yang dapat digambarkan pada bagan berikut: Dalami,(2014):

Bagan 2.1 Respon Neurobiologis Menurut Dalami, (2014)



1) Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosialbudaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal, jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut. Respon adaptif meliputi:

- 1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- 4) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- 5) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2) Respon psikososial

Respon psikososial meliputi:

- 1) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- 2) Ilusi adalah *miss* interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- 3) Emosi berlebihan atau berkurang.
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- 5) Menarik diri yaitu percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3) Respon Maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan. Adapun respon maladaptif ini meliputi:

- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- 2) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- 3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu perilaku yang tidak teratur.
- 5) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

2.2.7 Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan medis pada pasien halusinasi pendengaran menurut, Rahayu (2016) dibagi menjadi dua :

Terapi Farmakologi

1) Haloperidol (HLP)

(1) Klasifikasi : antipsikotik, neuroleptik, butirofenon.

(2) Indikasi

Penatalaksanaan psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada anak-anak.

(3) Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja anti psikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, tampak menekan susunan saraf pusat pada pusat subkortikal formasi reticular otak, mesencefalon dan batang otak.

(4) Kontra Indikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini pasien depresi susunan saraf dan sumsum tulang, kerusakan otak subkortikal, penyakit Parkinson dan anak dibawah usia 3 tahun.

(5) Efek Samping

Sedasi, sakit kepala, kejang insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksia.

2) Clorpromazin

(1) Klasifikasi sebagai antipsikotik, antiemetik

(2) Indikasi

Penanganan gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar, gangguan skizoaktif, ansietas dan agitasi, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motoric yang berlebihan.

(3) Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja antipsikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, namun berhubungan dengan efek antidopaminergik. Antipsikotik dapat menyekat reseptor dipamine postsinap pada ganglia basal, hipotalamus, system limbic, batang otak dan medulla.

(4) Kontra Indikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini, pasien koma atau depresi sumsum tulang, penyakit Parkinson, insufisiensi hati, ginjal dan jantung, anak usia dibawah 6 bulan dan wanita selama kehamilan dan laktasi.

(5) Efek Samping

Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, hipotensi, hipertensi, mual muntah dan mulut kering.

3) Trihexyphenidil (THP)

(1) Klasifikasi anti parkison

(2) Indikasi

Segala penyakit parkison, gejala ekstra pyramidal berkaitan dengan obat antiparkison.

(3) Mekanisme Kerja

Mengoreksi ketidakseimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin dalam korpus striatum, asetilkolin disekat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik berlebihan.

(4) Kontra Indikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini, glaucoma sudut tertutup, hipertropi prostat pada anak dibawah umur 3 tahun.

(5) Efek Samping

Mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering ,mual dan muntah.

Terapi Non Farmakologi

1) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Terapi aktivitas kelompok yang sesuai dengan Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi adalah TAK stimulasi presepsi

2) Elektro Convulsif Therapy (ECT)

Merupakan pengobatan secara fisik menggunakan arus listrik dengan menggunakan kekuatan 75-100 volt, cara kerja belum diketahui secara jelas namun dapat dikatakan terapi ini dapat memperpendek lamanya serangan skizofrenia.

3) Pengekangan atau pengikatan

Pengembangan fisik menggunakan pengekangan mekanik seperti manset untuk pergelangan tangan dan pergelangan kaki, pengekangan dimana pasien dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dilakukan pada pasien halusinasi yang mulai menunjukkan perilaku kekerasan diantaranya: marah-marah atau mengamuk.

2.2.8 Asuhan Keperawatan Halusinasi

1) Pengkajian Halusinasi

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Menurut Keliat, (2009) tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

Keliat dan Akemat, (2009), menjelaskan data yang didapatkan pada pengkajian halusinasi adalah:

1) Jenis dan isi halusinasi

Berikut ini adalah jenis halusinasi menurut data objektif dan subjektif. Data objektif dapat dikaji dengan cara mengobservasi perilaku pasien, sedangkan subjektif dapat dikaji dengan melakukan wawancara dengan pasien. Melalui data ini, penelitian dapat mengetahui isi halusinasi pasien.

2) Waktu, frekuensi, dan situasi yang menyebabkan halusinasi.

Penelitian juga perlu mengkaji waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi yang dialami oleh pasien. Kapan halusinasi terjadi?. Jika mungkin berapa jam?. Frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sesekali?. Situasi terjadinya, apakah jika sedang sendiri, atau selalu terjadi kejadian tertentu?. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi dan menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya. Mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi, tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi dapat direncanakan.

3) Respons Halusinasi

Mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul, perawat dapat menanyakan kepada pasien tentang perasaan atau tindakan pasien saat halusinasi terjadi. Perawat dapat juga menanyakan kepada keluarga atau orang terdekat dengan pasien atau

dengan mengobservasi perilaku pasien saat halusinasi muncul.

Pengkajian merupakan awal dan dasar utama dari proses keperawatan tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Cara pengkajian lain berfokus pada fisik, emosional, intelektual, social dan spiritual. Isi pengkajian meliputi : identitas pasien, keluhan utama atau alasan masuk, factor predisposisi, dimensi fisik, biologis, psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan. (Cahyo, 2012).

2) Pohon Masalah Halusinasi

Bagan 2.2 Pohon Masalah Halusinasi Menurut Yosep, (2015)



3) Diagnosa Halusinasi

Diagnosa adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberi intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Dermawan & Rusdi, 2013).

Diagnosa Keperawatan dari pengkajian yaitu Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (Keliat dan Akemat, 2009).

- 1) Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan berhubungan dengan halusinasi.
- 2) Perubahan persepsi : halusinasi berhubungan dengan menarik diri.

4) Intervensi Halusinasi

Intervensi adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapandilakukan, siapa yang akan melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012). Perencanaan atau intervensi pasien halusinasi antara lain, menurut Keliat dan Akemat, (2009) sebagai berikut :

- 1) Bantu pasien mengenali halusinasi dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang halusinasi, waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respons pasien saat halusinasi muncul.
- 2) Latih pasien mengontrol halusinasi. Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi, anda dapat melatih pasien dengan 4 cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi, yaitu sebagai berikut:
 - (1) Ajarkan cara menghardik halusinasi
 - (2) Ajarkan cara bercakap-cakap dengan orang lain
 - (3) Ajarkan cara melakukan aktivitas terjadwal
 - (4) Ajarkan cara mengkonsumsi obat secara teratur

5) Implementasi Halusinasi

Menurut Debora (2010) implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan dimana perencanaan diaplikasikan kepada pasien. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini.

- 1) Membantu pasien mengenali halusinasi dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respon pasien saat halusinasi muncul, (Keliat dan Akemat, 2009).
- 2) Melatih pasien mengontrol halusinasi. Membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi, anda dapat melatih pasien dengan 4 cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi, yaitu sebagai berikut, (Keliat dan Akemat, 2009).
 - 3) Strategi pelaksanaan pasien
 - (1) Mengajarkan cara menghardik halusinasi
 - (2) Mengajarkan cara bercakap-cakap dengan orang lain
 - (4) Mengajarkan cara melakukan aktivitas terjadwal

(5) Mengajarkan cara mengkonsumsi obat secara teratur

6) Evaluasi Halusinasi

Evaluasi adalah tahap kelima atau terakhir dalam proses keperawatan. Penilaian terakhir pada proses keperawatan yang ditetapkan, penetapan keberhasilan asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang sudah ditetapkan, yaitu terjadi adaptasi pada individu (Nurssalam, 2016).

Evaluasi respon umum adaptasi pasien dilakukan setiap akhir tindakan penelitian. Pada pasien halusinasi yang membahayakan diri, orang lain dan lingkungan evaluasi meliputi respon perilaku dan emosi lebih terkendali yang pasien sudah tidak mengamuk lagi, bicara dan tertawa sendiri, sikap curiga, perasaan cemas berat, serta pasien mempercayai perawatnya, pasien mengalami bahwa yang dialami tidak ada objeknya, pasien dapat mengontrol halusinasi. Sehingga, persepsi pasien membaik, pasien dapat membedakan hal yang nyata dan tidak nyata. (Yusuf, 2015).